HIV e AIDS no adulto não gestante

HIV

Objetivo principal na abordagem da pessoa vivendo com HIV (PVHIV)

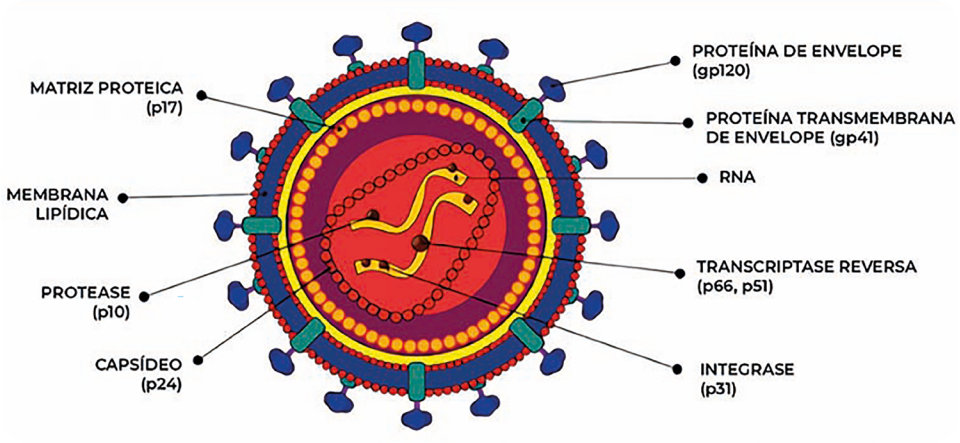
- Diagnóstico precoce
- Vincular paciente à rede de cuidado
- Acompanhamento + exames rotina
- Início + adesão à TARV
- **Supressão de carga viral ++ qualidade de vida**

Lembrar da mandala de prevenção combinada!

Marcos Legais e outros aspectos estruturais
Testar regularmente para o HIV, outras IST e HV
Profilaxia Pós-Exposição (PEP)
Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)
Prevenir a Transmissão Vertical
Imunizar para HBV e HPV
Redução de danos
Diagnosticar e tratar as pessoas com IST e HV
Usar preservativo masculino, feminino e gel lubrificante
Tratar todas as pessoas vivendo com HIV/Aids
Prevenção Combinada
Populações-chave e prioritárias

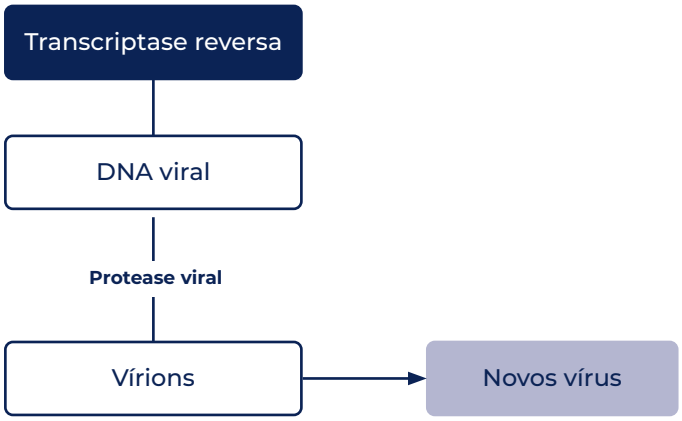
Sobre o vírus HIV

- Vírus RNA com 2 fitas
- Retrovírus (vírus de RNA + possui a transcriptase reversa) citopático e não oncogênico
- Tipos: HIV-1 (Europa e Brasil) e HIV-2 (África - pior prognóstico!)

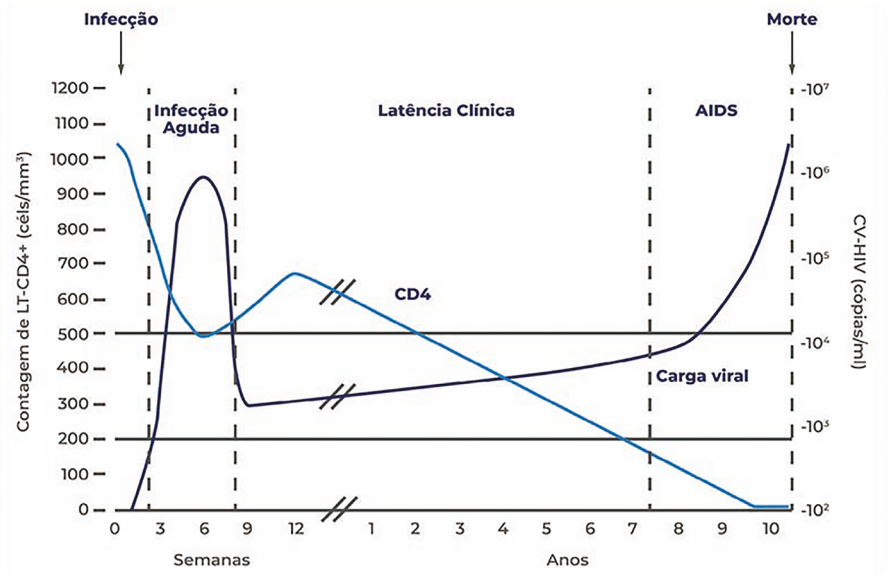


Transmissão

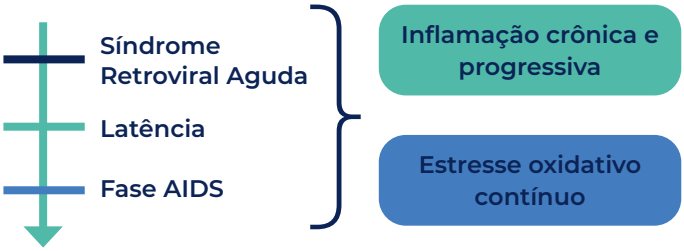
- Através de fluidos contaminados + mucosa, pele não íntegra ou direto no sangue
- Principal via = sexual
- Também transmite por via parenteral (uso drogas IV) e vertical
- Tropismo por células dendríticas, macrófagos e linfócitos T



História natural do HIV



Fases do quadro clínico



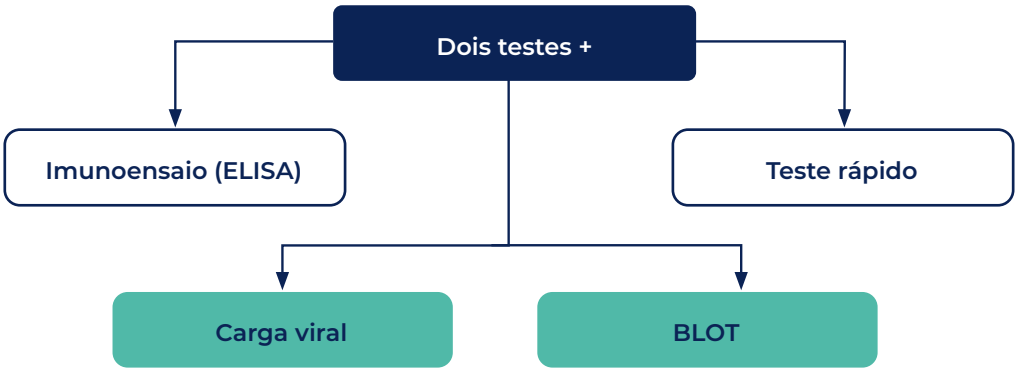
Fase	Início e duração	Marcos laboratoriais	Manifestações mais clássicas
Síndrome retroviral aguda	**Primeiras semanas após a infecção → autolimitada (3 a 4 semanas, no geral)**	**↑ carga viral e ↓ linfócitos**	**Inespecíficos - febre, cefaleia, mialgia, linfonodomegalia (lembrar do diferencial com mononucleose!), perda de peso, úlceras orais**
Latência	Anos após infecção → até desenvolver fase AIDS	Anemia, leucopenia discreta, plaquetopenia, ↓ CV + ↑ CD4+	Linfadenopatia persistente + e perda de peso + astenia CD4+ 200 - 300: diarreia crônica, infecções bacterianas de repetição, leucoplasia oral pilosa Marcadores precoces de imunossupressão: candidíase oral, diarreia crônica e febre de origem indeterminada
Fase AIDS	Após período de latência	CD4 < 350 céls/ mm^3	Doenças definidoras: • Pneumocistose • Pneumonia bacteriana recorrente • Candidíase esofágica/ traqueia/brônquio/pulmões • Neurotoxoplasmose • TB pulmonar e extrapulmonar • Criptococose extrapulmonar • Retinite por CMV • Kaposi • Linfoma não Hodgkin • CA cervical invasivo

- **Leucoplasia pilosa oral** possui associação com o vírus EBV - clinicamente, é uma placa não removível localizada na borda lateral da língua! O principal diagnóstico diferencial é a candidíase - múltiplas placas removíveis na cavidade oral.
- **Nefropatia mais comum associada ao HIV** = GESF colapsante.

Diagnóstico

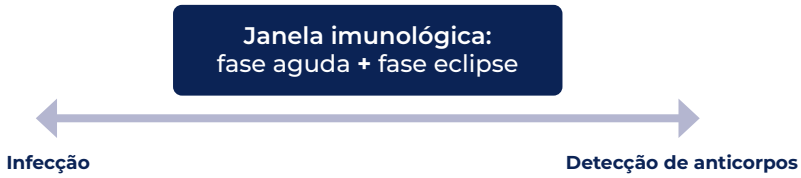
Princípios

- Sempre confirmar em 2 amostras
- Screening X paciente sintomático
- Considerar o tempo de soroconversão X tempo de detecção pelo método



Imunoensaio (ELISA)

- Objetivo: detecção de anticorpos (anti-HIV) o mais precocemente possível!



Tipos

- 1ª e 2ª geração: IgG (35-45 dias)
- 3ª geração: IgM (20-30 dias)
- 4ª geração: IgM e IgG + antígeno viral P24 (15 dias) → bom para fase aguda

Testes rápidos (imunocromatográficos)

- Material: sangue ou fluidos orais
- Objetivo: detectar anticorpos
- Se 2 + = coletar CV e CD4+!

✖ Janela imunológica maior (30-90 dias)
Não detecta HIV-2
Não pode usar em <18 meses

✚ 30 min
Sem necessidade laboratório

BLOT:

- Tipos: western-blot (WB) e imunoblot (IB)
- Objetivo: detecção da ligação anticorpos-antígeno → + IgG (70 dias)

Carga viral

- Objetivo: detectar PCR viral
  - Detecta a infecção, e não os anticorpos!
  - Menor janela imunológica (10 dias)
- Bom para: infecção aguda e seguimento durante TARV

1º Teste	2º Teste	Dx
-	-	Não reagente para HIV
+	+	Reagente HIV
+	-	Repetir
+ (2ª amostra)	- (2ª amostra)	Imunoensaio

Acompanhamento da PVHIV:

- Cuidado em sinais de imunosupressão grave e CD4+ < 200
  - Para vírus vivo tenuado (FA,varicela, sarampo...)
    - > 350 céls/mm³ = vacina!
    - < 200 céls/mm³ = não vacina!
- Carga viral = padrão-ouro para avaliar (2 exames consecutivos com CV indetectável) eficácia TARV + detecção precoce falha virológica

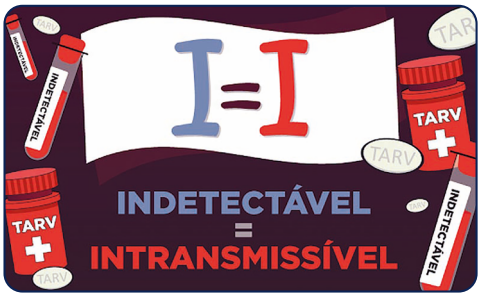
Tratamento

- Para quem? Para todos PVHIV, independente do seu estado clínico e/ou imunológico
- Quando precisamos correr contra o tempo:
  - PVHIV sintomática
  - CD4+ < 350 céls/mm³
  - TB ativa e coinfecção (HBV/HCV)
  - Gestante
  - ↑ RCV
- Princípio: sempre combinado
- Para quem? Para todos, independente da CV/CD4+!
- Não é emergência médica - avaliar condição de base atual do paciente
- Atenção se presença de infecção oportunista:
  - Neurocriptococose: esperar 4 semanas
  - TB meníngea: esperar 4 semanas

Objetivo do tratamento: CV indetectável em 6 meses!

Dica

- TB ativa e coinfecção HBV/HCV
  - Recomendação geral: iniciar TARV em **ATÉ** (negrito) 7 dias
- Neurotuberculose: aguardar 4-6 semanas para iniciar TAR
  - Em caso de possibilidade de acompanhamento por especialista, pode ser reduzido para 2 semanas
  - Se insdisponibilidade de especialista/baixa disponibilidade de recursos, pode ser ampliado para 8 semanas
- Esquema preferencial: 3 classes disponíveis - inibidores da transcriptase reversa, inibidores da protease e inibidores da integrase



Inibidores da transcriptase reversa

- Tenofovir (TDF)
- Lamivudina (3TC)
- Zidovudina (AZT)
- Efavirenz (EFV)
- Abacavir (ABC)
- Entricitabina (FTC)
- 2 daqui + 1 de outra classe (inibidor da integrase/protease)!

Inibidores da integrase

- Dolutegravir (DTG)
- Raltegravir (RAL)

Inibidores de protease

- Atazanavir
- Darunavir
- Ritonavir

- **Geral:** tenofovir (TDF) + lamivudina (3TC) + dolutegravir (DTG) 1x ao dia
- **Terapia dupla:** lamivudina + dolutegravir (ou darunavir + ritonavir)
- CV indetectável há 1 ano
- Boa adesão à TARV
- Sem coinfecção pela hepatite B
- TB + HIV: tenofovir (TDF) + lamivudina (3TC) + efavirenz (EFV)
- TB-HIV + CD4 < 100 e/ou infecção oportunista e/ou doença grave/internação e/ou TB disseminada: tenofovir (TDF) + lamivudina (3TC) + raltegravir (RAL)
- **Atenção:**
  - Contra-indicação ao dolutegravir → iniciar efavirenz
  - Contra-indicação ao tenofovir → abacavir ou atazanavir

Zidovudina
Tenofovir
Abacavir

+

Lamivudina
Entricitabina

+

1 droga de outra classe

Síndrome de reconstituição imune

- Piora paradoxal das doenças de base
- Quadros inflamatórios entre 4-8 semanas após o início da TARV
- Indivíduos com CD4 < 100, desnutrição, coinfecção, comorbidades
- Conduta: mantém TARV + inicia corticoide por 2 semanas

Efeitos colaterais

Tenofovir	Lamivudina	Zidovudina
• "Pega Osso e Rim" • Síndrome de Fanconi • Osteoporose	• Esteatose hepática • Pancreatite (+crianças) • Insônia	• Anemia macrocítica • Lipodistrofia

Abacavir	Efavirenz	Dolutegravir
• Hipersensibilidade → pesquisa HLA-B*5701	• "Sono REM" • Sonhos vívidos • Lesão hepática	• Elevação de Cr sem LRA • Dislipidemia • ↑ lipase sérica

Profilaxias

1. Primárias: de acordo com o CD4+

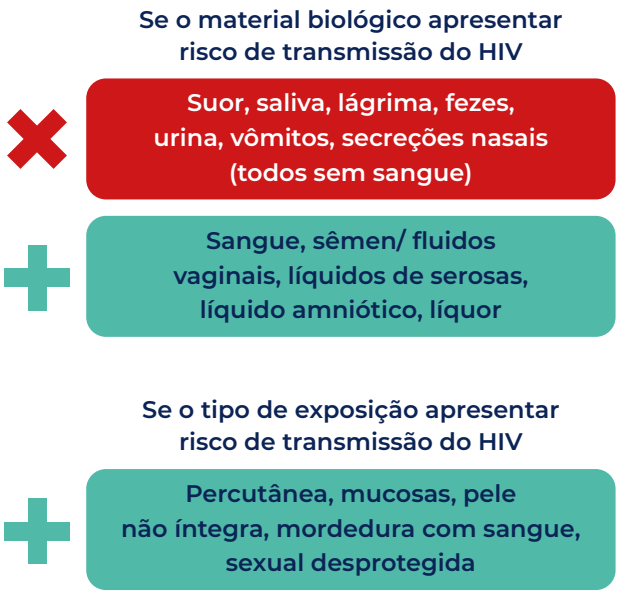
Principais profilaxias primárias no paciente HIV

Indicações	Risco	Profilaxia
· PPD > 5 mm · Contato com pessoa bacilífera · Cicatriz de TB em RX, sem tratamento prévio · CD4 < 350	Tuberculose latente	Isoniazida (270 doses)
CD4 < 200	Pneumocistose	Sulfametoxazol/ Trimetoprima (800/ 160 mg - **3x/semana**)
CD4 < 100 + IgG positivo para toxo	Toxoplasmose	Sulfametoxazol/ Trimetoprima (800/160 mg - 1x/dia)
CD4 < 50	· Complexo · Mycobacterium avium	Azitromicina 500mg 3xsem

2. **Pré-exposição (PrEP)**
   - Para quem: população mais suscetível (HSH, transexuais, profisisonais do sexo, relacionamento entre sorodiferentes) + exposição de risco (sexo anal/vaginal sem uso de preservativos, antecedente de IST, uso repetido de PEP, uso de drogas, sexo sob uso de psicoativos)
   - Esquema: tenofovir + entricitabina
   - Duração para considerar proteção efetiva: relação anal = 7 dias; relação vaginal = 20 dias

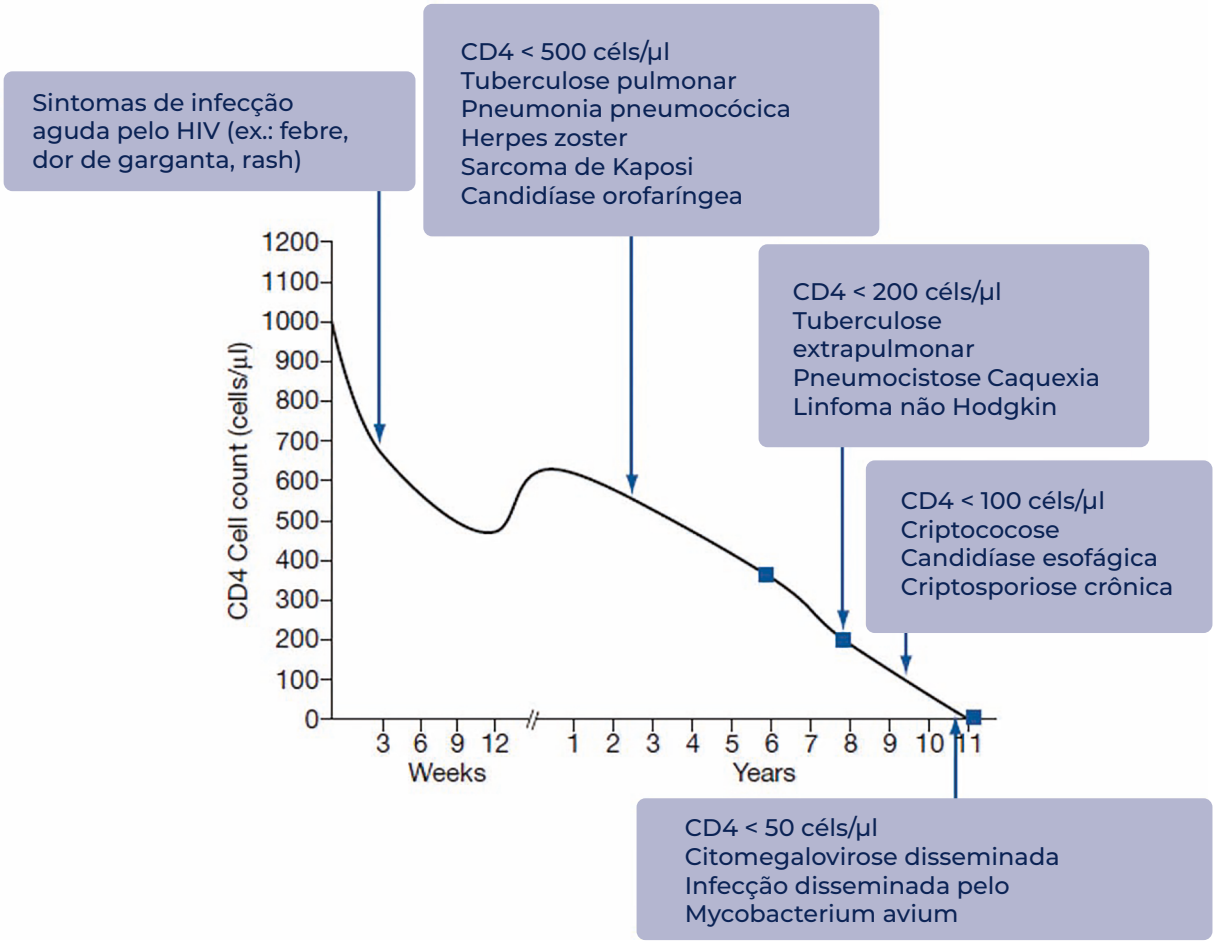
3. **Pós exposição (PEP)**
   - Indicação: após exposição de risco - 4 passos:
     1. O tipo de material biológico é de risco?
     2. O tipo de exposição é de risco?
     3. Tempo entre exposição - atendimento é < 72h?
     4. Pessoa exposta é não reagente ao HIV no momento do atendimento?

Iniciar PEP após:


Se o material biológico apresentar risco de transmissão do HIV
Suor, saliva, lágrima, fezes, urina, vômitos, secreções nasais (todos sem sangue)
Sangue, sêmen/ fluidos vaginais, líquidos de serosas, líquido amniótico, líquor
Se o tipo de exposição apresentar risco de transmissão do HIV
Percutânea, mucosas, pele não íntegra, mordedura com sangue, sexual desprotegida

- Esquema: tenofovir + lamivudina + dolutegravir por 28 dias + orientação anticoncepcional

PneumoHIV


Sintomas de infecção aguda pelo HIV (ex.: febre, dor de garganta, rash)
CD4 < 500 céls/µl
Tuberculose pulmonar
Pneumonia pneumocócica
Herpes zoster
Sarcoma de Kaposi
Candidíase orofaríngea
CD4 < 200 céls/µl
Tuberculose extrapulmonar
Pneumocistose Caquexia
Linfoma não Hodgkin
CD4 < 100 céls/µl
Criptococose
Candidíase esofágica
Criptosporiose crônica
CD4 < 50 céls/µl
Citomegalovirose disseminada
Infecção disseminada pelo Mycobacterium avium
CD4 Cell count (cells/µl)
1200
1100
1000
900
800
700
600
500
400
300
200
100
0
3 6 9 12
Weeks
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
Years

Característica	Pneumocistose	Histoplasmose
Agente etiológico	*Pneumocystis jirovecii*	*Histoplasma capsulatum*
Relação com CD4	CD4 < 200	CD4 < 150

Quadro clínico	• Insidioso!
	• Febre + tosse seca + dispneia progressiva
	• Hipoxemia após esforço ou em repouso
	• Exame físico: taquipneia, taquicardia, estertores finos
	• **Atenção!** Fala contra PCP:
	  • Tosse produtiva
	  • RX com derrame pleural ou consolidação
	  • Se tiver algum desses dois, pensar em pneumonia bacteriana associada!
		• Hepatoesplenomegalia, febre, linfonodomegalia, lesões cutâneas e sintomas respiratórios

Exames de imagem pulmonar	Infiltrado peri-hilar simétrico, vidro fosco, cistos	Infiltrado pulmonar retículo-nodular difuso
Diagnóstico	É presuntivo: clínica + laboratorial (↑↑↑ LDH) + imagem	É laboratorial - cultivo micológico e/ou exame histopatológico
Achado laboratorial clássico	↑↑↑ LDH	Pancitopenia
Tratamento	• 1ª linha: sulfametoxazol-trimetoprim por 21 dias VO ou IV • Se intolerância: clindamicina + primaquina • Se sinal de gravidade (PaO2 < 70 mmHg em AA): sulfametoxazol-trimetoprim IV + corticoide (prednisona 40mg 2x dia por 5 dias ou metilprednisolona) + CPAP/IO	• Leve-moderado: fase inicial (itraconazol VO até melhora clínica) → consolidação por 12 meses (itraconazol 2xd) → manutenção por pelo menos 1 ano após CD4 > 150 • Moderado-grave: anfotericina B 2 sem → consolidação e manutenção igual a leve/moderado
Profilaxia	Manter profilaxia com sulfametoxazol-trimeto-prim 2ª por 3 meses após atingir CD4 > 200	Não indicada
Dica		Hipoxemia leve + infiltrado importante na radiografia de tórax!

NeuroHIV

Característica	Neurotoxoplasmose	Neurocriptococose
Agente etiológico	Toxoplasma gondii	Criptococcos neoformans
Faixa de CD4	CD4 < 100	CD4 < 100
Quadro clínico	Cefaleia, déficit focal, convulsão	Meningite/meningoencefalite subaguda: cefaleia, febre, RNC, sinais de HIC
Diagnóstico	Clínica + TC	Punção lombar: ↑ pressão abertura
Neuroimagem	Lesões hipodensas com realce anelar, edema perilesional	Lesões hipodensas, arredondadas, sem realce
Tratamento	Sulfadiazina + pirimetamina + ácido folínico por 6 sem	Anfotericina + fluconazol
Dica	Se não melhorar, pensar em linfoma 1° SNC!	Punções lombares de alívio!

Outras condições prevalentes

Diarreias

- Principais agentes etiológicos: Isospora belli e Cryptosporidium
- Pacientes em uso irregular da TARV
- Tratamento: TARV
- Profilaxia 2ª: sulfametoxazol + trimetoprima (800/160 mg), 3x/sem (isosporíase)

Pele: sarcoma de Kaposi

- Associação com herpes vírus 8
- Neoplasia vascular
- Tratamento: tratamento do HIV!
- Nos casos graves → quimioterapia!